

## FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

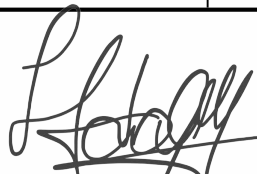
### FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383

<b>CONTRATO No.</b>	Prestación de Servicios	039-2025	<b>FECHA:</b>	<b>3/02/2026</b>
<b>CONTRATISTA:</b>	EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA		<b>NIT. o C.C.</b>	1.013.643.216
<b>PERIODO:</b>	<b>Del</b>	<b>1/12/2025</b>	<b>Al</b>	<b>2/12/2025</b>
<b>PAGO No.</b>	<b>10</b>	Documento No.	Cuenta cobro	<b>10</b>

**Responsable IV**    
  **Pensionado**    
  **Dependientes**    
  **Declarante de renta**

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
<b>VALOR BRUTO</b>	55070634	55070600			<b>176.667</b>
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	<b>0</b>
Retefuente Servicios			-	0,00%	<b>0</b>
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	<b>2436150201</b>	117.395	0,00%	<b>0</b>
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	<b>0</b>
Reteica	<b>243627</b>	<b>2436270100</b>	156.527	0,966%	<b>1.512</b>
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					<b>0</b>
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>					<b>1.512</b>
<b>NETO A PAGAR</b>	<b>240102</b>	<b>2401020100</b>			<b>175.155</b>



LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ  
**Contador ( E ) F.D.L RUU**

Elaboró: Luis Mora Contratista FDLRUU  
 Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO      DICIEMBRE

**Objeto del Contrato:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL Y TERRITORIAL DE LOS TEMAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 2710 GESTORES DE CONVIVENCIA EN RAFAEL URIBE URIBE.

Rubro Presupuesta: **O230117459920242710**

**OBSERVACIONES:**

Se liquida según Certificado de Cumplimiento suscrito por el Supervisor y Supervisor de apoyo, autorización expresa del Ordenador del Gasto (Alcalde Local) y cuenta radicada en el aplicativo Orfeo, remitida por el Profesional Especializado 222-24 de área de Gestión Administrativa y Financiera.

<b>Base para pago de salud, pensión y ARL</b>	70.667
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	8.833
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	11.307
Aporte obligatorio ARL	-
<b>TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN</b>	<b>20.140</b>

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES  
Y ANEXOS**

Bogotá D.C

Doctora

**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**  
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE  
CALLE 32 SUR 23 62  
Ciudad

Estimada supervisora,

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 10 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 039-2025 por un valor de \$ 176.667 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2025 al 2 de diciembre de 2025

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 92164595 correspondiente al mes de DICIEMBRE para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



---

**EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA**  
1013643216  
TEFFYDAVILA@HOTMAIL.COM

Bogotá D.C 2 de febrero de 2026

**CUENTA DE COBRO N° 10**

**EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE  
NIT 899.999.061- 9**

**DEBE A:  
EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA  
1013643216**

**LA SUMA DE:** \$ 176.667

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 039-2025 durante el periodo comprendido entre:

**1 de diciembre de 2025 al 2 de diciembre de 2025**

Código actividad económica principal RUT: **8299**  
No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

**CERTIFICO QUE:** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

**Mes de aporte:** DICIEMBRE

**Numero de planilla:** 92164595

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	LO PAGA LA ENTIDAD
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	177.900
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	227.800

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 4702099280 DEL BANCODAVIBANK

Atentamente,



---

**EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA**

1013643216

CALLE 32 A BIS SUR No. 12 K 72

3105608858

TEFFYDAVILA@HOTMAIL.COM

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 10	
PERIODO: 1 de diciembre de 2025 AL 2 de diciembre de 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA	039-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1013643216
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.900.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 176.667
FECHA ACTA DE INICIO	3 de marzo de 2025
PRÓRROGA'	3 MESES
ADICIÓN	\$ 7.950.000
SUSPENSIÓN	N/A
CESION	NO APLICA
DISMINUCION DE PLAZO	NO APLICA
REDUCCION DE VALOR	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 23.850.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	9 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	2 de diciembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL Y TERRITORIAL DE LOS TEMAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 2710 GESTORES DE CONVIVENCIA EN RAFAEL URIBE URIBE.

INFORME DE ACTIVIDADES

**OBLIGACION ESPECIFICA No 1**

Apoyar en campo a la difusión de información y oferta institucional que requieran acompañamiento territorial y que vinculen a la comunidad e instituciones del nivel distrital, relacionadas con dar a conocer a la ciudadanía sus competencias, servicios y acciones administrativas y operativas en materia de seguridad y convivencia ciudadana.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se realiza acompañamiento a entorno escolar del colegio Maria, se realiza socialización de rutas de atención de atención a la denuncia a esatudiantes y padres de familia - Se diligencia y se adjunta acta de fecha 01-12-2025.	En plataforma SECOP reposa carpeta de evidencias digital

**OBLIGACION ESPECIFICA No 2**

Realizar acompañamiento a la movilización social, aglomeraciones y/o eventos masivos de alta complejidad en el territorio.

NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO
---	---

**OBLIGACION ESPECIFICA No 3**

Gestionar y acompañar espacios de interlocución que promuevan la convivencia ciudadana en la localidad, con los representantes de diferentes instancias de participación (entiéndase juntas de acción comunal, frentes de seguridad local, comités de convivencia de propiedad horizontal, entre otros), así como con diferentes colectivos urbanos y/o agrupaciones de comunidades de la localidad.

NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO
---	---

**OBLIGACION ESPECIFICA No 4**

Apoyar acciones operativas para la recuperación y mantenimiento del espacio público en la localidad de Rafael Uribe, empleando el dialogo como mecanismo para la mediación y la resolución asertiva de conflictos que en el marco de las mismas se puedan dar lugar, garantizando el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos.

Se realiza acompañamiento a entorno escolar del colegio Molinos y Marruecos, se realiza socialización de rutas de atención de atención a la denuncia a esatudiantes y padres de familia - Se diligencia y se adjunta acta de fecha 02-12-2025.	En plataforma SECOP reposa carpeta de evidencias digital
--	--

INFORME DE ACTIVIDADES

**OBLIGACION ESPECIFICA No 5**

Realizar ejercicios de sensibilización ciudadana que propendan por la convivencia pacífica en el espacio público, promoviendo el cumplimiento de lo establecido en la ley 1801 y demás marcos normativos aplicables a la materia; identificando factores de riesgo asociados a la garantía de la seguridad y convivencia que permitan generar y territorializar agendas para su mitigación.

Se asiste a reunión de unidad de cumplimiento con el fin de verificar problemáticas en los barrios Diana Turbay, Marco Fidel Suarez y Gustavo Restrepo, sitios priorizados para la recuperación y mantenimiento del espacio público invadido por extensión de la actividad y vendedores informales de las zonas mencionadas - Se diligencia y se adjunta acta de reunión de fecha 05-12-2025

En plataforma SECOP reposa carpeta de evidencias digital

**OBLIGACION ESPECIFICA No 6**

Apoyar a la convocatoria para la realización de juntas zonales de seguridad, apoyando la recolección y sistematización de la información, liderando acciones para el cumplimiento de los planes de acción resultantes de estos espacios.

NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO

NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO

**OBLIGACION ESPECIFICA No 7**

Presentar los informes mensuales de actividades que evidencien el desarrollo del trabajo con la comunidad, así como los que se requieran sobre cada una de las actividades realizadas por el contratista y su estado de ejecución, con sus respectivos soportes y evidencia digital.

Se realiza el informe mensual de actividades para el periodo de 01 de Diciembre a 02 de Diciembre de 2025, se adjunta: Informe de actividades. Planilla seguridad social soporte de pago seguridad social, cuenta de cobro o factura electrónica. Certificación tributaria.

En plataforma SECOP reposa carpeta de evidencias digital

**OBLIGACION ESPECIFICA No 8**

Apoyar las acciones operativas y el acompañamiento a los IVC (Inspección, vigilancia y control) dentro del marco de la legalidad y cumplimiento de las actividades comerciales.




Gestores realizan acompañamiento a IVC de protección al consumidor en la Zona L de la Localidad - Se diligencia y se adjunta acta de reunión de fecha 01-12-2025

En plataforma SECOP reposa carpeta de evidencias digital

**INFORME DE ACTIVIDADES**

<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 9</b>	
Apoyar y contribuir con el levantamiento de cambuches con el fin de mejorar e incrementar los índices de seguridad de la localidad.	
NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO
<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 10</b>	
Apoyar con la logística y eventos de organización a la alcaldía local que permita el mejoramiento de la seguridad, convivencia y justicia en pro de la comunidad.	
NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACION ESPECIFICA No 11			
Las demás que sean asignadas por el supervisor, en el marco del objeto contractual.			
NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO		NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES EN ESTE PERIODO	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.		<b>CONTRATISTA</b>	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA	
		CEDULA: 1013643216	
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO</b>	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: JOSE JOAQUIN OCAMPO TEJADA	
		CARGO:	
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO	
		CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013643216	EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA		CLL 32 A SUR # 12 K 72	3612220	teffydavila@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92164595	\$434.300	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>434.300</b>	<b>434.300</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013643216	EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA	CLL 32 A SUR # 12 K 72	3612220	teffydavila@hotmail.com
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92164595	\$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1013643216	MOSQUERA DAVILA EVELYN ESTEFANY	3	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



¡Hola, EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 434.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 05/12/2025

CUS: 1986131198

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL  
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 039 de 2025

Yo, EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA Identificado con cedula de ciudadanía No 1013643216 expedido en la ciudad de BOGOTA

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año <u>2025</u>		X
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	X	

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	X	

Se expide y firma a los 2 de febrero de 2026

**EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA**

1.013.643.216 de BOGOTÁ

CALLE 32 A BIS SUR No. 12 K 72

3105608858

TEFFYDAVILA@HOTMAIL.COM



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137  
Versión: 04  
Vigencia: 21 de febrero de 2025  
Caso 124431

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios 039-2025 que suscribí con el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

2

MES

2

AÑO

2026

### INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA

CÉDULA N°

1013643216

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

SEGURIDAD Y CONVIVENCIA

TELÉFONO

3105608858

**RECUERDE:** La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
ALMA PAULETTE HERNANDEZ MOSQUERA	HIIJA	10 MESES	0

Marque con una X en el recuadro la (s) solicitud (es) que desea realizar.

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

**Requisito:** Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

**Requisitos:** Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

- \* Nombre del estudiante
- \* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- \* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

**Requisitos:**

- \* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- \* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

**Requisitos:**

- \* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
- \* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
- \* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
- \* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

**Requisito:**

- \* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
- \* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
- \* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
- \* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE.



FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

**FECHA DE SOLICITUD:** Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

**CÉDULA:** Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

**UBICACIÓN LABORAL - SITIO DE TRABAJO:** Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

**TELÉFONO:** Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

**NOMBRE:** Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

**PARENTESCO:** Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

**EDAD:** Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

**INGRESOS DEL DEPENDIENTE:** Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

**REQUISITO:** De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

**FIRMA DEL CONTRATISTA:** Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.013.703.055

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63983611

Datos de la oficina de registro - clase de oficina. Registraduría [X], Notaría, Número, Consulado, Corregimiento, Insp. de policía, Código A3A. País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: REGISTRADURÍA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito. Primer apellido: HERNANDEZ, Segundo apellido: MOSQUERA, Nombre(s): ALMA PAULETTE, Fecha de nacimiento: 2025 MAR. 31, Sexo biológico: FEMENINO, Grupo sanguíneo: B, Factor RH: POSITIVO, Lugar de Nacimiento: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C., Componente étnico.

Tipo de documento antecedente o declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO, Número de certificado de nacido vivo: 25039210104681.

Datos de la madre o padre (anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito). Apellidos y nombres completos: MOSQUERA DAVILA EVELYN ESTEFANY, Documento de identificación: CC 1.013.643.216, Nacionalidad: COLOMBIA.

Datos de la madre o padre (anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito). Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ MOJICA WILLIAM, Documento de identificación: CC 80.238.970, Nacionalidad: COLOMBIA.

Datos del declarante. Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ MOJICA WILLIAM, Documento de identificación: CC 80.238.970, Firma: (FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE).

Datos del primer testigo. Apellidos y nombres completos, Documento de identificación, Firma.

Datos del segundo testigo. Apellidos y nombres completos, Documento de identificación, Firma.

Fecha de inscripción: Año 2025, Mes ABR., Día 2. Nombre y firma del funcionario que autoriza: OLGA SOFIA ACOSTA HERRERA.

Reconocimiento paterno: WILLIAM HERNANDEZ MOJICA (FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE). Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: OLGA SOFIA ACOSTA HERRERA.

ESPACIO PARA NOTAS: 04/02/2025 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 107 FOLIO 0055. MM Firmado electrónicamente.

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

**ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.  
Artículo 17 Decreto 189 de 2020**

Yo, EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1013643216 me permito informar que actualmente, **SI**  **NO**  me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 2 de febrero de 2026



Firma

EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA

1013643216

CALLE 32 A BIS SUR No. 12 K 72

3105608858

TEFFYDAVILA@HOTMAIL.COM

Bogotá D.C., 02 de Febrero de 2026

Doctora

**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe

Ciudad

Yo, **EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DÁVILA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.013.643.216 de Bogotá, me permito informar que actualmente no cuento con usuario de ORFEO, teniendo en cuenta a que pertenezco al equipo territorial de Gestores de Seguridad y Convivencia.

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el día 02 de Febrero de 2026.



**EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DÁVILA**

C.C. 1.013.643.216 de Bogotá


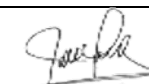
Dirección: Calle 32 A Bis Sur No. 12 K 70

Correo: teffydavila@hotmail.com

Celular: 3105608858

# EVIDENCIA DE REUNIÓN

<b>Objeto de la reunión:</b>	INFORME FINAL DE ACTIVIDADES CPS 039 2025		
<b>Fecha:</b>	02 DE DICIEMBRE DE 2025	<b>Hora de inicio:</b> N/A	<b>Modalidad</b> : <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Telefónica <input checked="" type="checkbox"/> Mixta
<b>Lugar:</b>	ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE	<b>Hora de finalización:</b> <u>N/A</u>	
<b>Dependencia:</b>	SEGURIDAD Y CONVIVENCIA		<b>Nombre del Responsable:</b> EVELYN MOSQUERA

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO								TIPO DE VINCULACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA		
						ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.				CONTRATISTA	
	1013643216	EVELYN E.MOSQUERA		ALRUU	SEGURIDAD Y CONVIVENCIA										X	3105608858		
	94391606	JOSÉ JOAQUIN OCAMPO		ALRUU	SEGURIDAD Y CONVIVENCIA	X									X	3217590491		

**CONSENTIMIENTO:** Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es [www.gobiernobogota.gov.co](http://www.gobiernobogota.gov.co) y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

## DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

DURANTE EL PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 039 2025, SE EJECUTARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DANDO CUMPLIMIENTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

**OBLIGACIÓN 1:** SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO A ENTORNOS ESCOLARES REALIZANDO JORNADAS DE SOCIALIZACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN A LA DENUNCIA,; ACOMPAÑAMIENTO DURANTE FERIAS DE SERVICIO INFORMANDO OFERTA INSTITUCIONAL DE LAS DIFERENTES ENTIDADES PARTICIPANTES

**OBLIGACIÓN 2:** ACOMPAÑAMIENTO EN PARQUE NACIONAL DURANTE OCUPACIÓN DEL PARQUE POR COMUNIDADES INDIGENAS.

**OBLIGACIÓN 3:** SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO A REUNIONES DE FRENTE DE SEGURIDAD, REUNIONES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y ESPACIOS CON DIFERENTES INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN

**OBLIGACIÓN 4:** SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO A IPES, EN CARACTERIZACIONES REALIZADAS A VENEDORES INFORMALES DE LA LOCALIDAD, ADICIONAL A ELLO SE REALIZAN ACCIONES OPERATIVAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, JORNADA DE EMBELLECIMIENTO.

**OBLIGACIÓN 5:** SE REALIZAN JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN EN LA LOCALIDAD, POR PRESENCIA DE VENEDORES INFORMALES EN EL ESPACIO PÚBLICO GENERANDO CONTAMINACIÓN AUDITIVA

**OBLIGACIÓN 6:** SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO EN LA DIVULGACIÓN DE REALIZACIÓN DE JUNTA ZONAL DE SEGURIDAD, Y REUNIONES DE SEGURIDAD, REALIZADAS EN DIFERENTES SECTORES DE LA LOCALIDAD.

**OBLIGACIÓN 7:** SE REALIZÓ ENTREGA DE LOS INFORMES CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

**OBLIGACIÓN 8:** SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO AL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA A OPERATIVOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS CON DIFERENTES ACTIVIDADES COMERCIALES

**OBLIGACIÓN 9:** SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO AL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA CON EL LEVANTAMIENTO DE CAMBUCHES EN LA LOCALIDAD,

**OBLIGACIÓN 10:** SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO LOGISTICO EN LAS DIFERENTES FERIAS ORGANIZADAS POR LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

**OBLIGACIÓN 11:** SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES SOLICITADAS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO, ASÍ MISMO SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO LOGISTICO EN ACTIVIDADES REALIZADAS POR OTRAS ENTIDADES.

ASÍ LAS COSAS, SE ENTREGA INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, TENIENDO COMO SOPORTE EL ARCHIVO DIGITAL EN USUARIO DE SECOP DEL CPS 039 2025

## COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
-----	-----------	-------------	------------------

### **SIN COMPROMISOS ASOCIADOS**

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.

NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	PAGO 001	04/03/2025 12:20:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	04/03/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.473.333 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	PAGO 002	05/02/2025 4:08:00 a. m. ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	05/02/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 003	PAGO 003	06/04/2025 6:49:00 a. m. ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	06/03/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 004	PAGO 00 4	07/04/2025 6:59:00 a. m. ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	07/01/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 005	PAGO 005	08/01/2025 3:17:00 a. m. ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	08/01/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 006	PAGO 006	09/03/2025 7:35:00 a. m. ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	09/01/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 007	PAGO 007	10/01/2025 19:40:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	10/01/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 008	PAGO 008	11/04/2025 13:40:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11/04/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 009	PAGO 009	9 días de tiempo transcurrido ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9 días de tiempo transcurrido ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 pesos colombianos	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

Código GCO-GCI-F102  
Versión: 4  
Vigencia 15 septiembre de  
2021  
Caso HOLA: 189189







LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE  
CERTIFICA QUE:

Fecha: \_\_\_\_ 3/12/2025 Dependencia: \_\_ Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe  
El(la) señor(a): \_\_ Evelyn Estefany Mosquera Davila  
Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 1013643216 de: 12/09/2011  
Correo Personal : teffymdavila@gmail.com Celular : \_\_\_\_ 3105608858  
Direccion para notificación (puede ser el correo personal): \_\_\_\_ teffymdavila@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Contrato No.	039	2025	Proyecto No. 2710
Desde:	3/03/2025	Hasta: _	2/12/2025

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD			
<input checked="" type="radio"/>	Terminación de contrato	<input type="radio"/>	Cesión de contrato
		Otro:	Terminacion Anticipada

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CÚAL? \_\_\_\_ PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL Y T

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
<b>MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó Nombre <u>Carlos Barrera A.</u>	Observaciones <b>ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO:</b> No tiene equipos a cargo <b>BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:</b>
<b>APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Supervisor <u>Orfeo</u>	Observaciones A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacias
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
<b>ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó Nombre _____	Observaciones <b>No cuenta con inventario</b>
<b>ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL</b>   Verificó Nombre _____	Observaciones <b>No cuenta con inventario</b>
<b>ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b> <b>Carné</b>   Verificó Nombre <u>Sebastian Calvo</u>	Observaciones <b>Entrega carné institucional físico.</b>
<b>GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó Nombre <u>Felipe Bedoya</u>	Observaciones <b>SERIE CONTRATOS:</b> <b>Sin expedientes en préstamo.</b> <small>Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Título IV Artículo 15</small>

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

**SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 039-2025**

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 039-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y EVELYN ESTEFANY MOSQUERA DAVILA identificado(a) con el número de documento 1013643216 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 10 presentado para el período comprendido entre el **1 de diciembre de 2025** al **2 de diciembre de 2025**

Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$ 176.667

En constancia se firma a los 2 de febrero de 2026

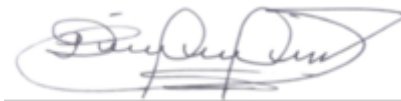
Apoyo a la supervisión,



**JOSÉ JOAQUÍN OCAMPO TEJADA**

Apoyo a la supervisión

Supervisor,



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe